Akrich M., 1995. Petite anthropologie du médicament, *Techniques et Culture*, 25-26 : 129-157

Madeleine AKRICH*

PETITE ANTHROPOLOGIE DU MÉDICAMENT

Pour que le médicament, souvent confondu avec son principe actif, effectue le travail qui est attendu de lui, il faut qu'un certain nombre de conditions soient réunies et qu'un certain nombre d'acteurs se conforment plus ou moins à un ou des programmes d'action. Comment ces différentes exigences sont-elles portées, en totalité, partiellement ou pas du tout par les médicaments, eux-mêmes considérés dans toute leur matérialité : forme, emballage, accessoires éventuels, notice, carton, etc ? En nous appuyant sur les apports de la sociologie des objets techniques, nous ferons l'hypothèse qu'un médicament, tout comme un objet technique, définit par sa forme même des acteurs et des relations entre ces acteurs, attribue certaines compétences à ces acteurs, suppose un certain environnement pour "fonctionner". Au travers d'exemples tirés de l'expérience commune, on essaiera de dresser un premier tableau des différentes modalités par lesquelles les usagers sont pris en compte dans le médicament et ce qui lui est associé.

Médicament, usager, enfant, médecine, modes d'emploi.

Le médicament est aujourd'hui l'un des dispositifs centraux du système de santé tel qu'il prévaut dans les pays occidentaux. Il se trouve au cœur de la relation thérapeutique : la consultation débouche presque toujours —et ce, autant sous la pression des patients qu'à l'initiative du médecin— sur la rédaction de l'ordonnance. Celle-ci substitue, à l'énoncé parfois confus des malaises du patient, la prescription de remèdes qui circonscrivent doublement ces malaises, parce qu'ils les incluent dans une pathologie définie et sont censés les faire disparaître ou du moins les atténuer. Avec un poids économique et social toujours croissant, le médicament a fait l'objet de divers travaux en sciences sociales : certains auteurs ont dénoncé cette invasion pharmaceutique, d'autres encore se sont davantage intéressés à l'aspect symbolique du médicament, d'autres, plus prosaïquement, ont abordé les aspects juridiques et se sont posé la question de la responsabilité du fabricant ou encore se sont penchés sur les problèmes de coûts et de maîtrise des consommations. Cependant, le médicament en tant que tel, dans sa configuration matérielle, reste peu

étudié[1] : il semble qu'entre la mise sur le marché d'une nouvelle molécule et l'action biochimique de cette molécule dans le corps du patient, toutes les étapes soient transparentes, c'est-à-dire ne servent qu'à poser de façon rationnelle un diagnostic qui oriente lui-même vers tel ou tel type de médicament, lequel, pour peu que le patient se conforme à sa prescription, ne pourra rien faire d'autre que d'interagir avec les éléments convenables du corps humain.

Or, une simple reconstitution des étapes par lesquelles passe le médicament s'oppose à cette vision en raccourci : la sociologie des sciences nous permet d'entrevoir tout le travail préalable des laboratoires et des cliniciens qui, en même temps qu'ils stabilisent et testent une molécule, en déterminent les applications thérapeutiques, voire redéfinissent les pathologies. Les spécialistes du marketing ou de la galénique, les visiteurs médicaux et les publicitaires, affinent ces mises en relation entre propriétés du médicament et définition des usagers, des médecins aux patients, et construisent peu à peu, à partir d'une molécule de plus en plus élaborée, un marché pour un médicament : "pour vendre le produit, il faut vendre la maladie", serait ainsi le credo des experts en commercialisation (Karsenty 1994).

L'interaction médecin-patient nouée lors de la consultation se conclut par la rédaction d'une ordonnance, laquelle peut faire l'objet de commentaires plus ou moins étendus, portant, de manière variable, sur la pathologie, sur les mécanismes d'action du médicament, sur la prescription elle-même, sur le suivi du traitement et ses éventuels effets. L'ordonnance, exécutée par le pharmacien, peut être encore répétée, commentée, voire réinscrite sur les emballages des médicaments, alors que les vignettes sont collées sur la feuille de maladie. A destination finale, ou parfois même en cours de route tant l'acheteur est impatient de qualifier son état ou celui du proche pour lequel il s'est procuré les médicaments, la notice est éventuellement dépliée, parcourue, comparée à l'ordonnance.

Préalablement à la prise, d'autres gestes plus ou moins techniques sont parfois requis : la poudre du sirop d'antibiotique doit être allongée d'eau, les deux constituants d'un collyre mélangés, les comprimés dilués, les suppositoires extraits de leur emballage, les granules homéopathiques comptés, les gouttes mesurées, etc. Enfin, le médicament est ingéré ou appliqué, à intervalles de temps plus ou moins précis, à des moments de la vie sociale plus ou moins déterminés, et il commence son propre cycle, protégé dans l'œsophage, dégradé dans

[1] Une seule exception à ce tableau : certains travaux menés à l'initiative de l'industrie pharmaceutique ont pour objet de déterminer les formes médicamenteuses les plus efficaces et les plus agréables pour le patient, celles qui favorisent l'observance des

l'estomac, plus ou moins apte à durer, etc. Pour que nous puissions en arriver à ce qui est considéré comme l'action thérapeutique du médicament, à savoir une certaine réaction biochimique, il faut en passer par une longue liste d'étapes qui se déroulent en des lieux différents, du laboratoire au cabinet, à la pharmacie, et au domicile, voire à d'autres lieux, et qui engagent une série d'acteurs, soit directement présents —médecin, pharmacien, patient, acheteur du médicament—, soit représentés par les objets manipulés, comme les laboratoires pharmaceutiques, la sécurité sociale ou les autorités sanitaires. Ces objets sont eux aussi nombreux et divers : ordonnances, vignettes, feuilles de maladie, emballages externes, emballages en contact avec le médicament, notices, compte-gouttes, cuillère, verre, etc.

Bref, notre expérience commune nous fait apercevoir le long chemin parcouru par le médicament avant même qu'il n'exécute son propre programme d'action, long chemin ponctué de transformations, reformulations, à chaque fois source d'égarements possibles, mais aussi chemin par lequel se construisent les destins croisés des médicaments et des malades. On l'aura compris, ces étapes ne sont pas tenues pour des détails que l'analyse doit mettre entre parenthèses; bien au contraire, nous ferons l'hypothèse que c'est dans ce parcours que se constitue en partie la relation thérapeutique et que s'élabore petit à petit la signification de l'expérience vécue par le patient. Les médicaments représentent l'un des dispositifs par lesquels les individus qualifient leurs états ("le médecin m'a donné ça, dans la notice ils disent que..., c'est donc que..."), éprouvent leurs symptômes, construisent une interpré-tation de leur état et distribuent des effets et des causes ("ça va mieux, c'est donc que j'avais ça" ou "ce médicament ne me fait rien, je l'arrête", etc.)[2]. Autrement dit, à la liste déjà longue des dispositifs intégrés par l'anthropologie médicale —appareils de mesure, de visualisation, questionnaires et formulaires...—, je propose d'ajouter le médicament qui prolonge dans d'autres directions la maille des réseaux constitués.

Dans cet article qui se veut exploratoire, je chercherai donc à redonner de l'épaisseur à toutes ces étapes intermédiaires et à reconstituer, au moins en partie, le réseau thérapeutique que le médicament décrit par ses déplacements et ses transformations. Pour cela, nous prendrons appui sur un certain nombre d'acquis de la sociologie des sciences et des

[2] Ce travail d'interprétation se nourrit de tout ce qui présente : ainsi, par exemple, ai-je pu observer une discussion entre un pharmacien et un de ses clients autour des feuilles de maladie; ce client, atteint d'une affection justifiant une prise en charge totale pour certains traitements directement liés à sa maladie, cherchait à comprendre pourquoi tel médicament n'était pas inclus dans cette procédure : il ne s'agissait manifestement pas d'une pure discussion administrative mais aussi d'une discussion autour de la maladie

techniques et nous nous intéresserons en particulier aux opérations qui, de la conception à l'utilisation-consommation des médicaments, mettent en relation les formes matérielles et les dispositifs techniques associés au médicament, ses usages, les formes de relations sociales dans lesquelles il s'inscrit, les organisations qu'il suppose, etc.

Pour entamer ce travail, j'ai choisi de circonscrire l'analyse à ce qui suit la délivrance de l'ordonnance, de la visite au pharmacien à la prise du médicament. Je laisse donc de côté tout ce qui concerne la mise au point et la mise sur le marché des médicaments, ainsi que leur distribution et la prescription du médecin : qu'il soit bien clair que cette séparation est avant tout pratique et que l'analyse faite ici pourrait être prolongée, avec ses spécificités, vers ces moments préalables. Par ailleurs, j'ai considéré ici le médicament prescrit dans le cadre d'une relation médicale et j'ai laissé de côté la question des médicaments auto-administrés et des éventuelles différences qui existent entre ces deux configurations.

Je me suis appuyée sur divers éléments : un certain nombre d'articles rédigés par des pharmaciens ou à l'intention des pharmaciens qui traitent des problèmes de galénique, et en particulier du rôle des formes médicamenteuses sur l'observance; des articles parus dans des journaux grand public qui présentent de nouveaux types de médicaments, donnent un certain nombre de conseils quant à la prise des médicaments, voire adoptent une position consumériste et critiquent les produits proposés par les laboratoires; des notices de médicaments choisis parmi les plus usuels; enfin quelques entretiens menés avec des usagers et des pharmaciens et quelques observations dans des pharmacies.

Cette présentation sera scindée en trois parties : dans les deux premières, nous nous intéresserons à la manière dont la forme matérielle du médicament, ici entendu au sens large, incluant les divers emballages, conditionnements, accessoires, notices, peut être mise en relation avec le contexte d'usage du médicament, c'est-à-dire prédétermine les utilisations possibles, souhaitées ou au contraire prohibées et désigne certaines caractéristiques de l'environnement supposé de l'utilisateur, voire des compétences de cet utilisateur. La première partie sera consacrée à la notice qui prolonge en partie la consultation médicale et l'interaction avec le pharmacien en proposant de façon explicite une définition du médicament et de ses usages; puis nous considérerons les formes galéniques qui se trouvent a priori au point d'intersection entre des contraintes médicales —sous quelle forme le médicament pourra-t-il être le plus efficace d'un point de vue biochimique ?— et des contraintes d'usage —sous quelle forme sera-t-il le mieux accepté par le patient ? Dans une troisième partie, nous adopterons un point de vue plus centré

technique : nous nous intéresserons aux formes de coordination avec soi-même et avec autrui que suppose en pratique la prise de médicaments.

LA NOTICE, MISE EN FORME DU RÉSEAU MÉDICAL

Comme la plupart des notices et modes d'emploi relatifs à des objets techniques, la notice de médicament constitue, entre les mains de l'utilisateur, le document de référence dans lequel se trouvent explicitées les "obligations" réciproques du dispositif et de son utilisateur, autrement dit ce que l'utilisateur peut en attendre et ce à quoi il doit se conformer en vue d'en obtenir tel ou tel résultat. La notice de médicament présente de fait des traits communs avec ses consœurs[3] comme par exemple la pluralité des visées qu'elle se donne. Mais elle s'en distingue aussi par un certain nombre de caractéristiques liées aux relations dans lesquelles s'inscrit la prise médicamenteuse : ainsi, le rapport au médecin, dont le cadre temporel déborde celui d'un traitement médicamenteux et qui est marqué par un caractère prescriptif, n'a pas d'équivalent du côté des objets techniques[4]. Insistons sur ce point, car en choisissant de nous intéresser au médicament après qu'il ait été prescrit par le médecin, nous nous sommes interdit l'accès à tout ce qui va accompagner la rédaction de l'ordonnance souvent commentée en même temps qu'écrite. Or, pour le fabricant, le pharmacien ou le patient, il est probable qu'à la différence peut-être d'autres types de notices, la notice de médicament ne puisse être pensée qu'en relation avec les liens existant entre ces différents acteurs.

LA NOTICE : UN OBJET INCERTAIN

Première constatation qu'un échantillon même faible de notices permet de faire : il n'existe pas de modèle unique de notice. Le nombre, la définition, l'ordre et le contenu des rubriques sont variables; on trouve selon les cas les rubriques suivantes : composition, présentation, propriétés, indications, posologie, mode d'administration, conditions de délivrance, durée de stabilité, mode d'emploi, précautions particulières de conservation, contre-indications, précautions d'emploi, effets secon-

[3] On peut voir à ce sujet Boullier (1989) et Akrich et Boullier (1991)

[4] Lambert et Lambert (1991-1992) notent que dans certains cas, le médicament, qui répond à l'attente du patient et aux prévisions du médecin, et qui grâce à l'amélioration, répare la faille, peut devenir personnalisé et vécu comme "la petite pilule rouge du Dr X", autrement dit, on se trouve ici dans un cas où l'association du médicament et du médecin [illegible] en permanence

daires possibles, mise en garde, effets indésirables, autres effets possibles, respect de l'environnement, etc. Tout au plus peut-on relever à l'instar d'autres enquêteurs (Boullier et Legrand 1991) une certaine indigence de la mise en page et une tendance à utiliser des caractères de petite taille : cela suffit-il à décourager la lecture ? Rien n'est moins sûr comme nous le verrons dans la suite. Le modèle de la notice comme imprimé replié sur lui-même et logé au fond de l'emballage carton n'est même pas universel : un fabricant de pilule contraceptive a ainsi choisi de rendre solidaires la notice et le médicament en prolongeant la plaquette qui contient les pilules par un volet rabattable sur lequel est imprimée la notice; un laboratoire belge a lui intégré "une notice dépliante, plastifiée, repositionnable, à neuf volets, rendant inutiles étui carton et notice papier"; à l'autre extrême, certaines notices prennent l'allure de petits livrets sur papier glacé qui constituent presqu'un produit à elles seules.

Chaque notice intègre en outre une pluralité d'objectifs dont la composition et le poids relatif sont variables : elle donne des informations générales, dispense des connaissances et des conseils généraux ("ne pas laisser à portée des enfants"), elle peut se faire publicitaire et vanter les mérites du produit et la qualité de sa fabrication, elle propose un mode d'emploi technique, elle fournit des informations légales, imposées par la législation en vigueur (composition, visa, nom et adresse du laboratoire...), et renvoie l'utilisateur, dans un certain nombre de circonstances particulières, vers des autorités compétentes (médecin, pharmacien) dégageant du même coup la responsabilité du fabricant : la notice est l'un des dispositifs majeurs par lesquels le médicament, de sa production à sa consommation, se trouve inscrit dans le droit. Plus rarement, elle certifie certaines qualités non médicales du produit (respect de l'environnement par exemple), ou se fait quasi-initiation à la médecine : ainsi, les *patchs* ou timbres qui représentent une forme nouvelle de médicaments sont-ils accompagnés de livrets composés de plusieurs chapitres, l'un qui présente le mécanisme de diffusion du médicament et ses avantages, un second qui fait office de mode d'emploi détaillé, soutenu par force dessins, et le troisième qui est consacré à la pathologie elle-même, son évolution, les précautions à prendre[5].

[5] Interpréter la spécificité de ces notices suppose de remonter à la stratégie de ceux qui les ont conçues : en l'absence d'une telle possibilité, plusieurs hypothèses peuvent être avancées. Les médicaments sous forme de *patchs* correspondent-ils à des categories particulières de malades ? Pour le moment, les *patchs* sont destinés essentiellement à prévenir l'angine de poitrine, à aider la désintoxication tabagique et à traiter les effets de la ménopause. S'il semble que les personnes exposées à l'angine de poitrine connaissent bien leur pathologie et s'intéressent aux détails médicaux, apparemment les traitements de la ménopause sont sous-utilisés : la même forme de notice renvoie donc à des

Au-delà de cette variété d'objectifs, la notice admet une pluralité de destinataires, le patient certes, mais aussi le pharmacien, les organismes publics, voire le médecin. Quel patient s'intéresse au numéro d'autorisation de mise sur le marché, à l'adresse du laboratoire ou à la composition chimique ? Ceci étant, rares sont les procédés qui rendent explicite cette hétérogénéité des destinataires; le langage utilisé est assez uniforme, plutôt élaboré du point de vue du vocabulaire médical, d'une syntaxe simple et très impersonnel : l'infinitif est utilisé largement. De temps en temps, le rédacteur propose des traductions, plus ou moins réussies, qui permettent de passer d'un vocabulaire savant à un vocabulaire commun. Ainsi dans la notice de Sterimar, produit destiné au "nettoyage des fosses nasales", est-il expliqué doctement : "STERIMAR est composé d'eau de mer **stérilisée** et rendue **isotonique**. [...] **Isotonique** : c'est-à-dire de même concentration moléculaire que les liquides physiologiques humains" (souligné dans le texte).

A côté de cette traduction à portée limitée, la notice de la crème EURAX présente le cas rare de trois niveaux de langage enchaînés les uns aux autres, du langage savant, au langage oral en passant par le langage standard : "Crème antiprurigineuse à 10% de N-Crotonyl-N-éthyl-o-toluidine. Prurit est le terme médical qui désigne une vive démangeaison (ça gratte!)" On pourrait risquer l'idée selon laquelle plus le produit a de chances d'être utilisé en dehors d'une relation avec un médecin, plus le fabricant déploie d'efforts pour être compris du grand nombre. Mais les deux exemples choisis, qui concernent des produits grand public, montrent à quel point il peut y avoir des stratégies de rédaction différentes.

LA NOTICE COMME DESCRIPTION D'UN RÉSEAU

Nous avons insisté jusqu'à présent sur la diversité des notices : comprendre précisément pourquoi telle expression a été choisie plutôt qu'une autre, ou pourquoi telle rubrique vient avant telle autre supposerait de reconstituer la configuration dans laquelle la notice a été rédigée. Parmi les facteurs explicatifs, on retrouverait sans doute le poids des traditions du laboratoire, sa stratégie commerciale, la recherche d'un positionnement par rapport à la concurrence, certaines spécificités du médicament lui-même, l'organisation du travail dans l'entreprise, etc. La publication toute récente d'un Vidal pour le grand

lever la méfiance des différents acteurs —médecins, pharmaciens, patients— à l'égard d'une nouvelle forme médicamenteuse ? Le *patch* est-il simplement l'occasion de tester de nouvelles formes de notice ? Notre enquête ne permet pas de répondre à la question. Tout au plus peut-on souligner qu'en cherchant à rendre compte d'une forme de notice, on en est conduit à interroger la définition que se donnent les différents acteurs les uns des

public modifie à la fois la place et le rôle de la notice tout comme elle transforme la répartition des compétences entre professionnels et usagers.

Au-delà de la diversité constatée, les notices présentent aussi un certain nombre de traits communs[6] qui permettent de les identifier comme telles sans ambiguïté. Outre quelques marqueurs évidents comme leur position dans l'emballage, la présence de la composition et le plus souvent, des indications et de la posologie, les notices ont pour point commun de mettre en scène un certain nombre d'acteurs, au minimum le laboratoire pharmaceutique, le médecin, le pharmacien, la sécurité sociale, auxquels s'ajoutent parfois des collectifs tels l'industrie pharmaceutique, les professions de santé et les organisations de consommateurs.

La notice inscrit donc l'action dans un espace social spécifié : elle réouvre la chambre close du malade, y rapatrie tous les médiateurs qui ont permis que se constitue son face-à-face avec le médicament et, pour partie d'entre eux, les installe durablement au chevet du patient. En détaillant un certain nombre de configurations possibles dans les rapports entre le patient et le médicament, elle réintroduit souvent le médecin ou le pharmacien comme recours obligé. Que certains interprètent cette figure comme une manœuvre pour dégager la responsabilité des laboratoires, pourquoi pas ? C'est possible dans certains cas, mais lorsque les indications de médicaments (antidépresseurs, anti-épileptiques) sont délibérément omises, il est difficile de ne pas y voir une restriction apportée aux droits du patient au nom d'une compétence que confère la position de spécialiste et de ce que l'on considère comme un amoindrissement de la personne traitée, du fait même de sa pathologie. Sans entrer dans cette recherche des causes, on constate simplement que la notice propose un modèle des relations entre les différents acteurs décrits. Ce modèle peut ne pas être accepté par les parties prenantes : on sait bien que, nonobstant les mises en garde répétées à l'envi par les notices, l'automédication, la réutilisation de médicaments prescrits dans un contexte différent sont monnaie courante.

Les médecins ne s'y trompent pas non plus et lisent bien les notices comme une mise en forme du réseau médical. Dans une enquête sur les psychotropes (Boullier et Legrand 1991), réalisée pour le compte d'une association de consommateurs, les chercheurs ont demandé leur avis à un certain nombre de praticiens sur les notices des médicaments faisant l'objet de la comparaison. Plusieurs résultats de cette enquête méritent d'être soulignés. Tout d'abord, les médecins souhaitent une hiérarchisation des informations différente de celle qui est généralement proposée par la notice, puisqu'elle va, du plus important au moins important pour eux, des mises en garde pour la conduite de véhicules aux indications du médicament en passant successivement par le respect de la dose prescrite, la prohibition des boissons alcoolisées, la mise hors de portée des enfants, le caractère indispensable de l'avis médical, les risques en cas de grossesse, allaitement, insuffisance respiratoire, glaucome, la prohibition des associations de médicaments et les risques d'accoutumance. Cette liste donne une place prépondérante à toutes les informations à caractère prescriptif, voire prohibitif : il s'agit d'encadrer strictement le comportement du patient afin d'éviter tout usage non conforme; par ailleurs, en plaçant les "indications" en queue de liste, elle délimite le champ des compétences respectives du patient et de son médecin : celui-ci est le médiateur obligé entre l'expérience intime du patient et sa qualification médicale. Cela étant, la position que les praticiens s'octroient eux-mêmes devient parfois pesante comme en témoigne leur ambivalence à l'égard d'autres aspects de la notice :

> "Les médecins souhaitent que l'avis médical soit signalé comme condition préalable dans de nombreuses consignes (posologie, effets secondaires, association des médicaments) mais certains signalent en même temps l'abus de ce respect de l'avis médical qui déresponsabilise et qui conduit à encombrer la ligne téléphonique du médecin." (Boullier et Legrand 1991).

Ils hésitent sur le contenu de la rubrique posologie : faut-il ne rien indiquer, indiquer une valeur minimale, ou une fourchette minimum-maximum ? De même sur la rubrique "effets secondaires", ou encore lorsqu'il s'agit de savoir si la notice des somnifères doit essayer "de convaincre (les malades) que leur non-sommeil est normal, considérer que c'est perdu d'avance ou encore que cela relève du médecin ?" Les avis sont partagés sur ces points. A chaque fois, il s'agit de savoir comment les responsabilités et les compétences se répartissent, à quel endroit s'arrête la liberté du patient, jusqu'où l'on a le droit de pénétrer dans son intimité, et inversement, à quel moment le médecin peut légitimement se déprendre de la relation de dépendance qu'il contribue à instaurer. Soulignons cependant que l'enquête réalisée par Boullier concerne des médicaments spécifiques, utilisés souvent dans le cadre de pathologies chroniques : il semble dans ce cas que l'espace de négociation entre le médecin et son patient soit beaucoup plus ouvert que dans le cas des affections aiguës, ce qui est susceptible de modifier le rôle et l'importance de la notice —phénomène dont les fabricants tiennent peut-être compte dans la manière dont ils rédigent ce type de notices.

Il est difficile en l'état actuel du travail de mesurer le poids de la [illegible] jouant sur la consolidation de certaines relations

6 Pour interpréter complètement les analogies qui existent entre les notices, il serait

son importance ne doit pas être sous-estimée si l'on en croit à la fois les réactions des médecins assaillis par les appels téléphoniques (Lambert et Lambert 1991-92) et le témoignage des pharmaciens qui voient revenir vers eux les clients inquiets devant tel ou tel symptôme évoquant les effets secondaires signalés dans la notice. D'autres éléments, qu'une étude plus poussée permettrait d'appréhender en pratique, militent en faveur de la notice : l'idée assénée par l'éducation, les médias, les médecins, les notices elles-mêmes, selon laquelle tout principe thérapeutique est potentiellement dangereux; le fait, moins évident mais peut-être plus fort, que la notice est bien souvent le premier, voire le seul document "objectif", c'est-à-dire externe à la relation personnalisée médecin-patient, sur lequel l'usager peut s'appuyer pour interpréter ce qui lui arrive, autrement dit pour inscrire son expérience particulière dans un cadre général[7]. Or, si la confiance est un terme commun pour qualifier positivement les relations établies entre le médecin et le patient, la simple observation de ce qui se passe dans une pharmacie —nombre de clients questionnent le pharmacien sur le pourquoi de telle ou telle prescription, sur les indications habituelles du médicament— devrait inciter à s'interroger sur la définition et la place de ces mécanismes de confiance :

> "Pour dépasser l'ambivalence qui résulte du diagnostic et de la prescription, c'est-à-dire pour atténuer l'indécision du patient vis-à-vis de la mise en œuvre de son traitement, deux conditions paraissent nécessaires, la confiance dans le prescripteur et l'explication donnée du traitement et de la maladie. La confiance dans le médecin, c'est-à-dire la bonne approche relationnelle, est une condition évidente tant il est vrai que le médicament demande à être soutenu par la compréhension et le savoir d'un autre. Savoir indispensable, mais qui ne l'est pas moins que la compréhension de la vie du patient, de son histoire personnelle, de son vécu actuel, dans lesquelles viendront prendre place les paroles du médecin accompagnant le traitement." (Lambert et Lambert 1991-92).

On ne saurait mieux rendre compte de l'ambivalence de la relation médicale elle-même : peut-être parce qu'en médecine comme en d'autres domaines, la qualité n'est pas réductible au simple respect de règles, la confiance est alors nécessaire; mais on remarque que cette confiance n'est pas aveugle et qu'elle se construit autour d'un certain nombre d'épreuves qui visent les connaissances et les compétences proprement

[7] Les discussions entre collègues, amis, proches qui portent sur les problèmes de santé constituent une autre voie importante par laquelle les individus peuvent situer leur expérience et qui leur permet de se constituer une expertise médicale distincte de celle que proposent les médecins. Il y aurait une véritable ethnologie des conversations "santé" à faire, à l'instar de celle que Boulier et Betat (1987) ont proposé autour des

techniques du médecin. Suivre le médicament, considéré alors comme un des marqueurs constitutifs de la relation médecin-patient, peut permettre de comprendre à la fois ce qui fait tenir cette relation et ce qu'elle produit; on s'intéresse à la confiance-présence comme modalité de coordination (Callon s/presse) et l'association médicament-médecin, décrite par certains auteurs[8], prend ici tout son sens :

> "Le médicament, [qui] répond à l'attente du patient et aux prévisions du médecin, et [qui], grâce à l'amélioration, répare la faille, peut devenir personnalisé et vécu comme 'la petite pilule rouge du Dr X'. [...] d'aucuns penseront qu'une conviction magique prend le pas sur une action pharmacologique; certains valoriseront l'effet placebo; d'autres encore expliqueront comme Balint que le médecin a eu cette qualité de se prescrire lui-même en plus du remède." (Lambert et Lambert 1991-92 : 115).

L'INDÉTERMINATION DE L'USAGER OU LE PARADOXE DE LA NOTICE

De façon à première vue paradoxale, alors qu'elle va assez loin dans la spécification des acteurs, la notice maintient la plus grande indétermination quant aux usagers et à leur environnement. Ceux à qui sont destinés les médicaments sont simplement qualifiés par les pathologies qui justifient le traitement. Le lecteur de la notice, celui à qui elle s'adresse parfois explicitement, est défini comme un "non-enfant" qui doit maintenir les médicaments hors de portée des enfants. Tout se passe comme si la notice n'avait à connaître que le répondant autorisé qui est supposé se confondre avec le patient : même lorsqu'il s'agit de médicaments destinés exclusivement aux enfants, donc a priori administrés par une tierce personne, rien n'est dit ni sur cette personne, ni sur sa relation à l'enfant, ni encore sur la manière dont elle peut ou doit gérer l'administration du médicament. Ainsi, dans le cas du Solacy pédiatrique, la seule mention du mot "enfant" est faite dans le commentaire standard "Ne jamais laisser à portée des enfants". Le télescopage entre deux rubriques produit même un effet curieux :

> "POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION
> Dissoudre le comprimé dans un peu d'eau ou tout autre liquide froid. A prendre de préférence au cours des repas
> La posologie usuelle est :

[8] Richard et de Lapouge (1988) notent aussi "le médicament est ce qui reste quand le médecin est parti" et citent un auteur à qui ils font dire : "si le médicament est une formule, il est avant tout —pour le malade— de l'appréhension, mais aussi de la confiance, de la croyance". De ce point de vue, on peut s'interroger sur la frontière communément admise entre médecine allopathique et médecine homéopathique : comment qualifier la différence, si elle existe, entre la façon d'appréhender les médicaments entre ces deux

- de 6 mois à 30 mois : 1 comprimé par jour.
- de 30 mois à 5 ans : 2 comprimés par jour.
- à partir de 5 ans : 3 comprimés par jour.

En cure continue de 3 mois.
Dans tous les cas, se conformer strictement à l'ordonnance de votre médecin
CONDITIONS DE DÉLIVRANCE
Ce médicament vous a été personnellement prescrit [...]" (souligné par nous).

A qui s'adresse la prescription ? Il n'y a pour la notice qu'un être collectif auquel, par commodité, nous donnons l'appellation d'"usager", collectif qui englobe le patient, le lecteur, celui qui dissout, celui qui prend, celui à qui s'adresse la prescription, etc. Remarquons au passage que la notice contextualise la prise médicamenteuse dans le cadre d'une relation médecin-patient dont elle est seulement l'un des prolongements : il est possible que l'indétermination de l'usager soit voulue par les rédacteurs de la notice qui considèrent que le travail de spécification revient au médecin.

Cela étant, on relève la même indétermination dans la notice de STERIMAR, produit d'hygiène plus que médicament et qui à ce titre peut parfaitement échapper à la relation médecin-patient : la spécification de ceux qui reçoivent le produit ne se fait dans le texte que par l'intermédiaire du terme "petites narines"("/grosses narines"), qui renvoie d'ailleurs à une spécification technique, inscrite dans le dispositif du flacon : nous reviendrons sur ce point dans la suite. Seule la référence visuelle, un schéma qui montre un adulte tenant un enfant dans ses bras, permet d'effectuer le lien entre les "petites narines" et le statut d'enfant : encore ce lien est-il facultatif, laissé à la convenance du lecteur qui choisit "l'embout le mieux adapté".

De façon parallèle, si les manipulations nécessaires avant l'absorption du médicament font l'objet de traitements variables, l'absorption elle-même est peu contextualisée[9]. Quand il s'agit de formes solides à avaler, la notice fournit généralement une indication du moment (au début du repas par exemple) et une indication de l'accompagnement (un peu d'eau, un demi-verre d'eau, etc.). Mais ces indications n'ont rien à voir avec les détails donnés par un article dans un magazine grand public

[9] De ce point de vue, les notices de médicaments ne semblent pas fondamentalement différentes des modes d'emploi classiques : on retrouve les mêmes difficultés propres à la description de l'action technique et les mêmes stratégies pour essayer de contourner ces difficultés —présentation graphique en particulier. On retrouve aussi les mêmes hésitations quant au choix d'un niveau de compétences de l'usager. Ainsi dans le cas d'Effidose, gamme de produits en phytothérapie présentés en ampoules plastiques, la notice précise : "agitez et diluez dans un demi-verre d'eau. Absorbez aussitôt après". On a un contraste dans la précision du "aussitôt après" dont on ne connaît d'ailleurs pas les raisons (problème d'altération du produit, problème de mélange instable ?) et l'absence même de mention du fait qu'il faille séparer les ampoules les unes des autres et les

(Finger 1994) qui définit, en fonction du type de médicament, le meilleur moment pour la prise et accompagne ces conseils d'une explication, ce qui est rare dans les notices : les médicaments pour lutter contre la fièvre doivent être pris à jeun pour agir rapidement, les médicaments pour l'ulcère doivent être pris le soir pour protéger un système digestif qui n'est plus protégé par les aliments, certains médicaments indigestes comme les anti-inflammatoires peuvent être pris en milieu de repas d'autant que ce n'est pas la rapidité de l'action qui est recherchée, etc. D'autres conseils renvoient à une définition plus fine, plus précise de l'usager en situation : "il faut boire au moins un verre d'eau pour éviter que la gélule ou le comprimé ne colle à l'œsophage ou à l'estomac, il faut le prendre debout ou assis pour éviter qu'il ne stagne dans l'œsophage. Il faut faire se laver les dents aux enfants après l'absorption d'un sirop". Quelles qu'en soient les raisons, la notice apparaît donc par contraste très avare de tout commentaire susceptible d'ancrer l'action dans un environnement plus intime.

En résumé de cette analyse, on retiendra que la notice effectue essentiellement un travail de liaison entre les différents acteurs impliqués dans l'action thérapeutique, qui selon les circonstances, peut être plus ou moins activée; elle réinscrit le médicament dans son réseau, mais laisse indéterminé tout ce qui concerne l'usager et son environnement proche. Ceci implique de fait qu'elle définit un espace propre à l'usager où celui-ci, loin d'appliquer mécaniquement des consignes, doit déployer une certaine activité, mobiliser des ressources tirées de sa propre expérience, voire des compétences externes comme celles du médecin et du pharmacien ou d'autres acteurs, et effectuer un travail de traduction et de contextualisation des éléments fournis par la notice. Ce qui ne peut manquer d'étonner dans la mesure où plus que tout autre objet technique, le médicament est inclus dans une relation prescriptive : il faut que le patient se soumette aux modalités du traitement qui a été défini pour lui, alors que dans le cas de dispositifs techniques ordinaires, l'utilisateur est, à première vue, plus impliqué dans la définition de ses besoins et de ses usages. Nous allons voir dans la partie suivante qu'à la différence des notices, les formes médicamenteuses ébauchent une spécification des usagers et surtout une différenciation dans la population large des utilisateurs.

LES FORMES MÉDICAMENTEUSES

Par formes médicamenteuses, j'entends ici les caractéristiques matérielles du produit auquel l'usager a affaire, y compris les carac-

téristiques des dispositifs —conditionnement, système de délivrance des doses, instrument de mesure, etc.— qui se trouvent placés en point de passage obligé dans la prise. Dans un premier temps, nous nous intéresserons aux relations entre la forme médicamenteuse et l'efficacité thérapeutique; puis nous essaierons de voir dans quelle mesure l'existence de différentes formes peut être rapportée à la prise en compte de certaines caractéristiques propres à l'environnement de l'usager.

DE L'OBSERVANCE A L'EFFICACITÉ THÉRAPEUTIQUE

A en juger par les enquêtes qu'ils commanditent et les efforts qu'ils déploient pour trouver des formes innovantes, on peut penser que la galénique est un domaine qui intéresse fortement les laboratoires : la forme est considérée comme un facteur-clé dans l'observance du traitement et comme un des moyens de contourner l'ambivalence des sentiments du patient à l'égard des médicaments (Lambert 1991-92). Elle représentera un avantage concurrentiel important, si le malade est sensible à l'agrément ou à la commodité qu'elle confère à la prise, et que le médecin y voit un moyen de maximiser ensemble la satisfaction de l'usager-client et l'efficacité de la cure. La forme constitue en tous cas un objet de négociation entre le médecin et le patient : selon un sondage réalisé par l'IFOP (Jullien 1991) 37% des patients interrogés affirment demander une forme précise à leur médecin, 36% mentionnent par ailleurs le fait que leur médecin leur laisse le choix entre plusieurs formes.

Les enquêtes sur les préférences des patients s'intéressent essentiellement à la forme galénique, c'est-à-dire la forme du médicament lui-même, déclinée en multiples catégories : comprimés, dragées, gélules, sirops, ampoules, suppositoires, etc. Elles produisent des résultats qui se traduisent par des énoncés du type : les patients trouvent les comprimés difficiles à avaler; les hommes, les personnes de 50 à 64 ans, les malades souffrant de troubles cardiaques et digestifs préfèrent les gélules; les femmes ont un goût prononcé pour les dragées et apprécient les sachets de poudre, honnis des hommes; les employés et les ouvriers sont favorables aux formes liquides, etc. (Richard et de Lapouge 1988). Comme on le voit, ces enquêtes reprennent des catégories explicatives, classiques en sociologie quantitativiste : l'âge, le sexe, la catégorie socio-professionnelle auxquels est ajouté le type de pathologie. Les résultats de ces sondages peuvent être ensuite croisés avec les données de marché (Delegue et Uchida-Ernouf 1993) : par la comparaison entre la part de marché et le taux de préférence, les analystes en déduisent "les possibilités de segmenter l'offre des produits pharmaceutiques en jouant sur la forme galénique". (X, Formes galéniques 1990).

Ces enquêtes qui préforment les relations qu'elles mesurent[10] construisent des systèmes d'équivalence ou de préférence entre des catégories de patients et des formes de médicaments. Ces relations peuvent ensuite être renforcées par les choix que font les laboratoires au vu des résultats de ces enquêtes, choix qui se présentent comme des compromis entre deux formes complémentaires d'efficacité : l'efficacité "sociale", c'est-à-dire la capacité du médicament à "se faire prendre" par le patient et l'efficacité biochimique, c'est-à-dire le contrôle du parcours corporel effectué par le médicament et de ses interactions avec les différents éléments qu'il rencontre.

Au-delà de ces deux sortes d'efficacité, les spécialistes s'interrogent aussi sur l'efficacité qu'on pourrait qualifier de "symbolique" du médicament; il est question du "médicament comme réconfort", de la "perception affective du médicament", du médicament comme "signe" ou "métaphore", des "effets non techniques de la prescription pharmaceutique", toutes façons de considérer les liens possibles entre les caractéristiques de présentation et la manière dont le patient construit une signification à son expérience[11], signification susceptible d'avoir un effet mesurable en termes médicaux :

> "Une expérience intéressante a été menée dans un service de cardiologie. Le même béta-bloquant a été administré sous forme de comprimé, de gélule blanche et de gélule rouge à trois groupes de malades souffrant d'hypertension et recevant ce traitement pour la première fois : les patients du groupe recevant la gélule rouge ont eu une amélioration de leur tension, après un mois de traitement, alors que ceux recevant la gélule blanche et le comprimé avaient des résultats plus tardifs et moins importants. Les malades recevant les gélules rouges ont précisé qu'ils recevaient un dosage 'fort' ! Ils ont été les plus satisfaits de la couleur du médicament reçu, les autres groupes étant assez indifférents quant à la couleur." (Richard et de Lapouge 1988 : 13).

Les laboratoires ne négligent pas cet aspect, même si le traitement qu'ils en font se situe à un niveau peu élaboré; des comprimés d'anti-inflammatoires destinés aux arthritiques sont ainsi présentés sous forme d'osselets, ce qui facilite la préhension chez des patients qui ont des difficultés avec leurs articulations mais renvoie aussi à la définition de la maladie; ailleurs, un comprimé indiqué pour les atteintes cardiaques a une forme de cœur stylisé. Dans tous les cas, la forme choisie est justifiée sur plusieurs plans à la fois, symbolique certes mais aussi pratique —elle facilite la prise, ou permet un repérage simplifié des médicaments et donc évite les erreurs, etc. On retrouve ici toute

[10] Sur ce point, on peut voir Méadel (1992).

[11] Sur cet aspect, un parallèle peut être effectué avec les activités de design, on peut voir

l'ambiguïté accordée par les médecins aux phénomènes d'effets placebo qui n'ont de sens que dans le cadre d'un système explicatif qui construit leur exclusion[12].

LA PRISE EN COMPTE DES UTILISATEURS

Dans ce qui précède, nous avons vu comment la relation thérapeutique, et donc le statut de patient à qui le médicament est destiné, se trouve inscrite dans la forme du médicament. Mais le patient n'est pas seulement patient; il mène diverses activités dans des environnements variés. Le médicament incorpore aussi un certain nombre de contraintes et de caractéristiques supposées de ces environnements. Pour alléger le travail dans les crèches ou simplifier la vie des personnes qui travaillent, les laboratoires essaient de mettre au point des produits dont on peut concentrer la prise une fois par jour. Par ailleurs, ils proposent plusieurs "versions" du même produit qui correspondent à des clientèles différentes; l'aspirine (ou le paracétamol) représente un cas extrême : il existe des formes à croquer, des comprimés à avaler, des comprimés à dissoudre, des comprimés effervescents, toutes ces formes avec ou sans association de vitamine C, des sirops pour les nourrissons, des poudres à diluer pour les petits, des suppositoires avec ou sans association d'un calmant, etc. Certains médicaments sont présentés en poudre de manière à pouvoir être incorporés dans la nourriture des personnes âgées. Aux États-Unis, des médicaments pour enfants sont présentés avec différents arômes afin de répondre à leurs préférences; en France, les laboratoires ont essayé de remplacer les sirops, nocifs pour les dents et trop appréciés des enfants du point de vue des adultes, par des solutés buvables au saccharose : il s'agit là de trouver un compromis entre les aspirations éventuellement contradictoires des médecins, des parents et des enfants.

Ces exemples montrent une prise en compte positive de l'existence d'une pluralité d'usages et d'usagers. Il existe des cas dans lesquels certaines caractéristiques liées à la composition du médicament ou à ses mécanismes d'action introduisent des contraintes pour les usagers. Par exemple, le fait que ce soit une forme liquide susceptible de se renverser, que le produit soit contenu dans un flacon en verre, fragile, qu'il faille le conserver au froid ou à l'abri de la lumière, qu'il requiert des acces-

12 Certains auteurs s'opposent complètement à l'idée d'une efficacité symbolique, ainsi dans un compte rendu d'une étude peut-on lire : "Les produits ne créent pas de contexte affectif fort, ils restent 'rationnels', ils n'ont pas de pouvoir suggestif qui soutiendrait la motivation du patient dans la durée. Il n'y a pas d'assimilation imaginaire entre la prise médicamenteuse et l'amélioration de l'état de santé. Le médicament n'est pas investi des 'qualités de soin' attendues par le malade dans son cas personnel". (X, Formes galéniques, 1990). On notera que c'est le médicament lui-même qui, à défaut d'être

soires, que sa préparation nécessite des manipulations, que les prises soient plus ou moins nombreuses dans la journée... tous ces éléments définissent des spectres privilégiés quant à l'environnement supposé du patient et à ses habitudes.

Enfin, le travail sur la forme est l'un des moyens privilégiés par lesquels on essaie de prévenir des usages déviants : certains médicaments passent d'une forme éventuellement injectable à une forme non injectable de manière à ne plus être utilisés par des toxicomanes. En prison, un certain nombre de médicaments sont dilués et présentés sous forme de fioles, afin d'éviter d'une part, le stockage et la prise suicidaire, de l'autre, la circulation et le trafic. La définition des médicaments présentés en fiole varie selon les établissements, de même que les modalités de la prise : dans certaines prisons, seuls les psychotropes sont dilués; ailleurs, ce sont tous les médicaments ou plus rarement, aucun; souvent, le détenu doit absorber le contenu de sa fiole devant le surveillant ou l'infirmière, mais dans certains établissements, on lui laisse la fiole de manière à ce qu'il absorbe son somnifère à l'heure la plus propice. Chacune de ces solutions représente un compromis différent entre des éléments hétérogènes : efficacité médicamenteuse, droits de la personne, responsabilité légale, organisation du travail, etc.

En conclusion, on notera qu'au travers du choix de telle ou telle forme médicamenteuse est à l'œuvre un processus de segmentation et de spécification de l'utilisateur-patient, spécification active quand il s'agit d'adapter finement des médicaments à des usages supposés, spécification passive quand ce lien forme-usage résulte d'autres considérations que celles portant sur les usages eux-mêmes, spécifications proscriptives lorsqu'il est question d'éviter certains usages.

LE MÉDICAMENT COMME ACTION

Comme cela a déjà été souligné, la prise d'un médicament suppose de la part de l'usager le déploiement d'une activité et la mobilisation de ressources; mais nous avons vu plus haut que le médicament et sa notice préparent dans une certaine mesure ce moment crucial; de façon plus générale, ce que nous appellerons les "accessoires" du médicament prennent en charge une partie du travail nécessaire au bon déroulement du traitement qui déborde la question de la prise. Autrement dit, pour comprendre ce qu'engage le suivi d'un traitement, il faut se situer à l'articulation entre les dispositifs et les usages : dans cette partie, nous chercherons à repérer et à analyser les différentes modalités par lesquelles les formes de coordination associées au traitement se trouvent

réparties entre les dispositifs et les usagers. La prise médicamenteuse n'est, comme nous l'avons déjà noté, qu'un élément dans la liste longue des actions et des dispositifs qui vont du chercheur au patient : or, pour qu'en bout de course une certaine efficacité thérapeutique puisse être attribuée au médicament, il est nécessaire que les actions des uns et des autres soient coordonnées d'une manière jugée convenable. Cette exigence de coordination n'est pas imposée de l'extérieur par l'analyse, elle est clairement désignée par tous les acteurs, au moins jusqu'au patient, et inscrite dans un certain nombre de dispositifs comme le Vidal ou l'ordonnance. Si, comme nous allons le faire ici, nous nous plaçons du point de vue d'un usager a priori docile et cherchant à se conformer à la prescription, nous pouvons néanmoins nous demander ce qu'un tel programme suppose comme dispositifs de coordination. Une enquête (Jonville et Autret 1994) réalisée au sein d'un centre anti-poisons à partir de tous les appels concernant des erreurs d'utilisation des médicaments en pédiatrie, démontre que cette préoccupation n'est pas vaine : on y relève en particulier la diversité des erreurs qui portent sur la posologie (31,5%) le médicament (30%), le dosage du médicament administré (15%), la voie d'administration (11%), le non respect des contre-indications dues à l'âge (4%), la forme galénique (2%), la vitesse d'administration (1%), la dilution (1%), et même sur la personne (0,5%) !), la variété des personnes, des dispositifs et des actions en cause (la famille, le pharmacien, le médecin, l'infirmière, l'automédication, la mauvaise exécution de la prescription, l'erreur de délivrance, l'incompréhension de l'ordonnance ou sa mauvaise rédaction). Autrement dit, les exigences de coordination dans la bonne réalisation d'un traitement foisonnent, leur satisfaction engage des acteurs et des dispositifs multiples et, de ce fait, est susceptible de nombreux ratés.

Dans un premier temps, nous nous intéresserons aux dispositifs de coordination entre médecin-laboratoire et patient qui permettent d'assurer le respect de la posologie et du dosage. Puis, nous envisagerons les dispositifs de coordination du patient avec lui-même : le traitement suppose des prises répétées, à intervalles de temps fixés, éventuellement de plusieurs médicaments; quels sont les moyens dont le patient dispose pour gérer ces différents paramètres ? Enfin, nous nous placerons dans le cas, somme toute fréquent, où le traitement nécessite des formes de coordination entre plusieurs acteurs, comme, par exemple, lorsque les patients sont des enfants.

LES SYSTÈMES DE MESURE

Comme nous l'avons mentionné plus haut, les erreurs de posologie et de

anti-poisons. Pour des raisons compréhensibles, elles concernent principalement les préparations liquides, quoique, comme nous le verrons plus loin, certaines formes solides spécifiques peuvent aussi entraîner quelques difficultés. Il existe toute une gamme de dispositifs de mesure, certains qui appartiennent à l'univers domestique et servent occasionnellement à la prise médicamenteuse, d'autres, au contraire, provenant du laboratoire et insérés sous des formes diverses dans l'univers domestique. Ainsi, nombre de notices utilisent la cuillère à café, la cuillère à dessert et la cuillère à soupe comme étalons de mesure : nous avons affaire ici à une chaîne de traduction lâche entre le laboratoire et la maison —les contenances de ces objets usuels sont variables—, peut-être même inadéquate : la cuillère à dessert constitue-t-elle toujours un accessoire indispensable dans l'équipement quotidien ? Pour pallier cette difficulté, des traductions plus strictes sont parfois proposées, dans les notices ou dans les ouvrages grand public : encore faut-il pour mesurer les 7g de sirop que contient une cuillère à café "médicalisée" disposer d'une balance de précision ! Deux formes de traduction entre la mesure de laboratoire et la mesure domestique, plus solidement ancrées dans les objets, sont aussi utilisées : des dispositifs de mesure spécifiques à chaque médicament et des dispositifs généraux.

Les cuillères doseuses, les mesurettes, généralement incluses dans l'emballage, constituent les prototypes les plus répandus des dispositifs spécifiques : ces objets se présentent comme des objets hybrides, dont la forme évoque celle d'objets domestiques mais dont la précision et le calibrage les rapprochent des objets de laboratoire. La pipette intégrée au bouchon des flacons de certains sirops pour enfant et graduée en kg de l'enfant opère un compromis d'un autre genre : ici, c'est la forme qui est issue du laboratoire et le système de mesure qui est censé se rapprocher de l'usager. Ce système, qui a été conçu en principe pour faciliter le travail des parents, appelle en fait une explication systématique du pharmacien; l'installation de la pipette, le geste nécessaire pour la dégager du bouchon une fois remplie, auquel s'ajoute le caractère inhabituel de l'échelle de mesure, tous ces éléments rompent avec les savoir-faire communs et reconfigurent le réseau de relations : ils rendent nécessaire une étape d'apprentissage "technique" intermédiaire entre l'ordonnance et la prise, alors que dans le même temps, parce qu'ils fusionnent dans un seul geste détermination de la posologie et dosage, ils transforment une décision médicale en manipulation de l'usager.

Enfin, les dispositifs "généraux", c'est-à-dire qui sont affranchis de la relation à un médicament particulier, sont de deux types : des dispositifs de laboratoire simplement transportés dans l'univers domestique comme la pipette classique graduée en ml, ou des dispositifs hybrides comme la

T-spoon (dont l'appellation marque d'ailleurs le caractère hybride) : constituée d'un manche gradué en ml et en équivalent de cuillères à [illegible] pourvue de deux crochets de fixation destinés à la suspendre à un [illegible]re, permettant le dosage d'une seule main et l'empêchant de se renverser lors de la position couchée". On ne peut rêver d'un plus bel instrument combinant à la fois une grande capacité à constituer et maintenir des équivalences et une adaptation très fine à un environnement particulier.

Les différents dispositifs de mesure que nous avons envisagés peuvent être décrits selon deux axes principaux : l'univers de référence de l'objet-instrument de mesure qui peut, par sa forme même, évoquer l'univers domestique ou celui du laboratoire, ou encore qui se présente comme une combinaison de différents éléments, et l'univers de référence du système de mesure dans lequel l'usager est appelé à effectuer son dosage —là encore, on retrouve une oscillation entre les mesures exprimées en ml (ou en gouttes) qui renvoient plutôt au laboratoire, et celles exprimées en cuillères ou en kg d'enfant qui inscrivent l'action dans un environnement domestique quotidien.

objet-instrument-> \ système de mesure l v	domestique		laboratoire
domestique	cuillère à café, à soupe, à dessert	*med-T-spoon*	pipette en kg d'enfant
		cuillère doseuse-mesurette	
laboratoire	cuillère retraduite par l'usager (et ses sources d'information) en g ou en ml et mesurée avec un instrument de précision	*med-T-spoon*	pipette

Selon les configurations, la coordination entre le médecin, le laboratoire et le patient qu'exige un dosage en concordance avec la posologie indiquée se trouve ainsi diversement répartie : elle est parfois effectuée par une simple conversion d'un système de mesure "scientifique" à un système de mesure "domestique", ce qui ne demande qu'un faible déplacement de l'usager par rapport à des pratiques quotidiennes; d'autres fois, elle est réalisée par un dispositif hybride ou encore est assurée par le transfert d'un dispositif de laboratoire qui requiert des savoir-faire spécifiques.

Dans ces derniers cas, l'acte par lequel le médicament est dosé contribue à instaurer une rupture entre l'ingestion de médicaments et

l'ingestion alimentaire. Un espace de pratiques proprement thérapeutiques se trouve ainsi délimité, en continuité avec d'autres pratiques externes à l'univers domestique. Pourtant marquée par une place très différente accordée au médicament, l'homéopathie se construit elle aussi un espace propre à l'aide, entre autres choses, de dispositifs de comptage. De nouveaux tubes de granules munis d'un compte-granules intégré viennent de faire leur apparition; pour faciliter l'apprentissage des patients face à un dispositif très peu explicite, le laboratoire fabricant propose aux pharmaciens des petites cartes-modes d'emploi à distribuer à leurs clients : précaution apparemment utile, car un des clients à qui —devant la sociologue en observation— le pharmacien remettait cette carte a avoué avoir jeté son tube précédent faut d'avoir réussi à s'en servir ! Au dos d'une de ces cartes, un "homéoplanning" permet à l'usager de noter pour chacun des jours de la semaine et à six moments de la journée les différentes prises; sur l'envers d'une seconde carte, une sorte de fiche-conseil :

> "Faut-il éviter de toucher les granules avec les doigts ? Aujourd'hui, la technique très élaborée de fabrication des granules et leur imprégnation en trois fois, améliorent considérablement l'homogénéité et la stabilité des médicaments homéopathiques. Mais pour des raisons d'hygiène, il est préférable d'utiliser le COMPTE-GRANULES INTÉGRÉ BOIRON qui permet de porter les granules directement sous la langue."

Une petite innovation de conditionnement qui se traduit par une nouvelle pratique gestuelle est aussi l'occasion de réaffirmer conjointement les principes de l'homéopathie et la qualité des produits du laboratoire en question, autrement dit de construire une continuité de sens entre les différents moments thérapeutiques, y compris ceux qui apparaissent les plus anodins, les plus instrumentaux. Ici encore, l'efficacité thérapeutique telle qu'elle est déclinée au patient résulte de l'intégration de savoirs scientifiques, de savoir-faire industriels et de connaissances et de pratiques du côté des usagers, tous ces éléments étant articulés au médicament et à ses accessoires.

Nous sommes restés jusqu'à présent collés au médicament, mais les dispositifs étudiés ne suffisent pas à eux seuls à assurer le respect de la posologie. L'usager opère ses propres ajustements : les cuillères doseuses sont certes commodes et précises, mais comment faire pour ne pas risquer d'en renverser le contenu avant qu'elles ne parviennent à leur destination ? Beaucoup d'usagers préfèrent remplir successivement deux demi-cuillères, ou ne pas remplir complètement la cuillère et rajouter dans un second temps un petit "chouia" pour compléter. Et puis, il y a tous ces cas où la coopération du patient, souvent un enfant, n'est pas assurée, ce qui peut conduire à la perte d'une partie de la dose

correctement mesurée : il y a ceux ou celles qui se servent d'une deuxième cuillère placée en dessous de celle qui contient le médicament et destinée à récupérer ce qui pourrait être renversé ou recraché. D'autres qui utilisent des accessoires non prévus dans le médicament, soit destinés explicitement à cet usage comme la *med-T-spoon* ou le mini-biberon doseur, soit détournés de leur usage normal comme les seringues, dépouillées de leur aiguille, qui servent à la fois de mesure et de dispositif d'ingestion pour des nourrissons : dans ce dernier cas, la maternité peut servir de premier relais pour la transmission de ce savoir-faire spécifique. Des publications spécialisées fournissent encore d'autres idées, ainsi ce "mode d'emploi" du sirop dispensé par *Enfants magazine* :

> "La 'posologie' est généralement d'une cuillère rase par prise... que vous avez de grandes chances de renverser s'il se montre réticent. Procédez donc en deux temps et deux demi-cuillères, vous prendrez moins de risques. Remplissez la cuillère doseuse et munissez-vous d'une cuillère à dessert et de deux verres. Transvasez dans la seconde cuillère la moitié de la dose. Posez chaque cuillère en équilibre sur le col des verres. Prenez votre enfant sur vos genoux et "bloquez-le" avec l'un de vos bras ou enroulez-le dans un drap de bain pour éviter qu'il ne se débatte. Saisissez l'une des cuillères et posez-la sur sa lèvre inférieure. S'il n'a pas encore le réflexe de happer avec ses lèvres, inclinez la cuillère et laissez doucement couler le liquide. Procédez de même avec la seconde cuillère". (Hufschmitt 1994).

On voit ici la complexité des opérations enchaînées qui requièrent l'assemblage de plusieurs dispositifs communs : la cuillère, bon outil pour l'ingestion d'un liquide, mais qui ne peut être posée à plat sans perdre une partie de son contenu, aménagée de façon habile avec le verre forme alors un nouveau dispositif muni de l'ensemble des qualités nécessaires; le drap de bain, nouvelle camisole de force, qui vient suppléer à l'instabilité de l'équilibre de la cuillère dans un environnement mouvant...

Dans un certain nombre de cas, les usagers choisissent de faire fi des dispositifs de mesure classiques : certains, réveillés en pleine nuit par une quinte de toux tenace, saisissent, dans l'obscurité, le flacon de sirop laissé à portée de main avant d'en ingurgiter une ou deux rasades, la cavité buccale constituant alors le dispositif de mesure le plus approprié à la situation. Encore cette prise, qui laisse sans doute de côté la précision de la mesure, mais qui remplit tout un ensemble de conditions autres —mouvement minimal, maintien de l'obscurité— demande-t-elle une préparation planifiée avant le coucher.

Si l'on prend comme point d'entrée les dispositifs ou les pratiques des usagers, on constate que pour assurer une coordination convenable entre [illegible]

possibles qui accordent plus ou moins d'importance à la précision de la mesure, et dans lesquelles les usagers font preuve à des degrés variables d'initiative. Dans tous les cas, l'exigence de la mesure contribue à faire de la prise médicamenteuse un moment à part dans le cours des activités quotidiennes, qui s'inscrit dans une certaine continuité par rapport au parcours thérapeutique.

La coordination avec soi-même ou l'inscription de la cure dans le temps

La thérapie médicamenteuse suppose une répétition et engage l'individu dans un processus qui exige cohérence et coordination entre ses différentes actions. Très souvent, cette coordination est simplement assurée par la mémoire de l'individu, relayée éventuellement par l'ordonnance ou la réinscription de celle-ci sur les emballages. Nous avons vu plus haut l'existence de petits dispositifs de mémorisation, les "homéoplannings" : les usagers eux-mêmes recourent spontanément à cette formule qui consiste à retraduire l'ordonnance du médecin en une série d'actions organisées par un déroulement temporel, de la même manière qu'ils passent, par exemple, de listes d'ingrédients accrochées à des recettes à une liste d'achats organisés en fonction du lieu d'approvisionnement (Goody 1979). Un certain nombre de dispositifs matériels effectuent le même travail sous une forme différente : des piluliers pour la journée, des trousses ou des mini-armoires hebdomadaires qui comportent des compartiments journaliers, eux-mêmes divisés en plusieurs compartiments correspondant à différents moments de la journée, permettent de programmer le traitement pour un temps long.

Au-delà de ces dispositifs qui résultent de l'initiative du pharmacien ou de l'usager, les médicaments eux-mêmes peuvent essayer de faciliter cette coordination temporelle. Les pilules anticonceptionnelles, dont l'efficacité est conditionnée par la régularité de la prise, comportent des repères temporels variés : sur certains blisters, il faut faire une encoche ou coller une petite vignette pour marquer le jour de la semaine correspondant au premier jour de cure; pour contrôler sa prise, l'usagère doit à chaque fois faire un petit calcul à partir du nombre de comprimés déjà pris et du jour de départ. Sur d'autres modèles, chaque pilule est mise en regard d'une indication du jour de la prise; à en croire les professionnels, aucun de ces systèmes ne réussit d'ailleurs à contourner les difficultés qu'ont les femmes à suivre rigoureusement leur "cure"[13] Ce dispositif est repris par d'autres types de médicaments, en particulier dans le cas d'un antidépresseur : les fabricants ont peut-être fait l'hypothèse que l'état dépressif entraînait une diminution du discernement.

13 Dans un sondage réalisé à la demande d'un laboratoire, seules 55% des femmes [illegible]

autres organisations matérielles du médicament sont là pour prendre en charge des contraintes temporelles spécifiques : ainsi, un antibiotique qui se prend sur cinq jours, à raison de deux gélules le premier et d'une des jours suivants est présenté dans un blister comprenant une case double avec les deux gélules, puis quatre cases simples. Comme dans le cas de la pipette graduée en kg, cette innovation censée simplifier le travail de l'usager introduit une difficulté supplémentaire : des patients qui ont l'habitude de ne pas complètement sortir le blister du carton pour dégager le médicament commencent la cure par le mauvais côté et sont inquiets lorsqu'ils se rendent compte de leur erreur : ils retournent interroger le pharmacien pour vérifier que toutes les gélules sont bien identiques. Autrement dit, quels que soient les dispositifs prévus pour prendre partiellement en charge cette exigence de coordination temporelle, l'activité que déploie l'usager est fondamentale et ne se réduit pas à l'accomplissement d'un automatisme, sauf peut-être si cet automatisme a été par lui programmé.

La coordination avec autrui et avec soi-même

Cette question, que nous avons déjà abordée, se pose essentiellement lorsque le patient n'est pas considéré comme doté de toutes les capacités nécessaires au suivi d'un traitement : le cas des enfants que nous ensisagerons ici est l'une des configurations possibles, mais on peut aussi penser aux animaux, aux personnes âgées, aux personnes considérées comme démentes, aux prisonniers —nous l'avons mentionné plus haut— ou encore aux personnes en état d'insconcience évoquées dans un autre article de ce numéro (voir Timmermans).

Comment obtenir l'accord d'un enfant sans pouvoir s'appuyer sur l'appel à la raison ? Les stratégies utilisées par les parents ou conseillées dans les ouvrages spécialisés, revues ou livres, dont la prolixité contraste avec le silence des notices, parcourent tous les registres possibles :

- la flatterie : on vante la maturité ou le courage;
- l'autonomie : on propose à l'enfant de s'administrer tout seul son médicament grâce au nouvel accessoire qui ne se renverse pas;
- la dissimulation : le médicament est "caché" dans un aliment;
- le masquage : il est mélangé à un produit censé en rendre le goût plus agréable;
- la participation : "apprenez à votre enfant à se boucher le nez (cela l'amusera au moins deux ou trois fois) pour moins sentir le goût" (Hufschmitt 1994);
- la mise en scène : "une cuillère pour nounours peut faire diversion" (Hufschmitt 1994);
- les menaces diverses et le chantage affectif, pratiques moins nobles

votre enfant refuse un jour de prendre un médicament. Cette situation paraît être l'une de celles où un peu de chantage n'est pas inutile. Soyez ferme, mais sans dureté, et ne punissez jamais votre enfant s'il fait des difficultés pour prendre un médicament" (Stoppard 1987);

- la cœrcition qui nécessite soit des accessoires, couverture ou drap de bain en guise de camisole, soit une aide humaine : "si le bébé crache les médicaments, demandez à quelqu'un de lui tenir la bouche ouverte pendant que vous faites couler le médicament au fond de sa bouche, puis refermez-lui doucement mais fermement la bouche" (Stoppard 1987);
- et enfin, l'alternative technique : "s'il refuse d'ouvrir les lèvres ou vomit systématiquement après avoir ingurgité son sirop... reste le bon vieux suppositoire." (Hufschmitt 1994).

Chacune de ces stratégies peut être en certains cas combinée avec d'autres; par ailleurs, leur pertinence dépend pour une part du médicament lui-même, de sa forme, de son odeur, de sa substituabilité, etc. On observe en tous cas que la prise d'un médicament est considérée comme une opération suffisamment sérieuse pour que (presque) tous les moyens soient bons, y compri : une forme de violence, soigneusement mesurée, qui s'oppose à d'autres préceptes éducatifs, suspendus le temps du traitement.

Dans des cas plus rares, les efforts de coordination sont motivés non par l'existence d'une résistance mais plutôt par des difficultés techniques et motrices particulières. Les traitements de l'asthme en constituent un exemple particulièrement intéressant[14] : dans les années récentes, les formes inhalées ont été fortement développées car elles combinent une grande efficacité et l'absence d'effets secondaires. Or, dans le cas des enfants, se pose un problème de synchronisation entre la pression sur la valve qui libère le produit et l'inhalation, car ces deux opérations sont souvent assurées par des individus différents, d'où la mise au point de différents dispositifs comme les chambres d'inhalation qui servent d'intermédiaire entre l'aérosol et la personne qui respire, ou encore plus radical, un distributeur de doses qui est déclenché par le flux inspiratoire. Deuxième difficulté, celle de la mesure : Dick Willems (dans ce numéro) montre comment, dans le cas de l'asthme, la possibilité pour le patient de suivre finement et de façon objectivée l'évolution de son état transforme son rapport à la maladie : mais l'on voit aussi que la mesure elle-même suppose un savoir-faire et un contrôle moteur qui ne sont pas à la portée de jeunes enfants. La mesure de la quantité de médicament inhalé permet de suivre autrement l'évolution du patient; le distributeur de doses précédent se recharge avec des disques comprenant chacun huit doses de principe actif, chaque dose étant individualisée et numérotée :

> La surveillance du nombre d'inhalations journalières est importante pour les parents des enfants asthmatiques, qui peuvent ainsi savoir quelle est la consommation réelle du produit au cours de la journée. Tout dépassement de la posologie habituelle, signal d'un déséquilibre, est immédiatement repéré." (Braud 1994 : 15).

Enfin, dernier point, il ne suffit pas que l'entourage soit persuadé que le patient a pris une certaine quantité de médicament : la prise doit être perceptible pour le malade lui-même, ce qui dans le cas d'un produit à inhaler n'est pas aussi évident que pour des produits à ingérer. La prise fait l'objet de traductions sensorielles, "artificiellement" produites, soit par l'ajout de saveurs[15], soit par l'intermédiaire d'un sifflet qui sert de témoin de l'inhalation. Dans ce dernier cas, nous retrouvons associées plusieurs formes de coordination, coordination avec soi-même et avec autrui.

CONCLUSION

Dans cet article, nous avons tenté d'esquisser de ce que pourrait être une anthropologie des médicaments. Deux points principaux paraissent mériter notre attention, car ils désignent deux axes méthodologiques importants.

Tout d'abord, l'entrée par les médicaments oblige à quitter un instant des yeux l'interaction médecin-malade souvent considérée comme centrale dans la relation thérapeutique. Plus exactement, elle la repositionne dans un écheveau large de relations qui associent les laboratoires —de la recherche à la fabrication et à la commercialisation des médicaments—, les pharmaciens, les médecins et les patients, mais aussi d'autres médiateurs comme les journaux grand public, les livres, les membres d'une famille, les collègues, les amis, les relations, etc. De façon symétrique, elle interdit aussi de s'arrêter à l'interaction médicament-corps du patient, car dans la description de tout ce qui entoure et soutient le médicament, nous voyons se déployer au moins en partie ce réseau de relations. De ce point de vue, l'approche que nous suggérons permet d'aborder avec les mêmes outils les médicaments

[15] Le goût des médicaments est un thème très "moral" et à ce titre largement controversé. En l'étudiant de façon plus systématique, on pourrait sans doute repérer différents modèles de ce qu'est la maladie et du rôle que doit jouer le médicament. Certains trouvent par exemple anormal que des médicaments pédiatriques soient dotés de goûts agréables; le médicament est un devoir pas un plaisir, ou bien il ne doit pas être confondu avec un aliment. Certains adultes disent associer un goût désagréable à la présence d'un principe actif; d'autres, qui partagent l'opinion précédente sur le lien goût-efficacité considèrent qu'un goût agréable est le signe d'un [illegible]

allopathiques et les autres, voire les médicaments dans des sociétés autres que la société occidentale moderne : comprendre le sens de la relation thérapeutique et dégager ce qui, dans chaque cas, en fait la spécificité suppose alors de rétablir la chaîne des médiations qui met en bout de course un individu (ou un collectif) en contact avec un principe curatif, principe qui peut être ou non dissociable d'un réseau de relations.

En second lieu, nous avons essayé de montrer que la prise elle-même ne devait pas être mise entre parenthèses comme un geste anodin sans intérêt. Elle suppose une préparation, une organisation, une inscription dans la durée qui en font un moment bien identifié dans le cours quotidien de l'existence, la réinscrivent dans un parcours thérapeutique auquel elle contribue à donner un sens.

Une des conséquences de ces deux points centraux nous paraît être de poser en des termes complexes la question de l'efficacité : autrement dit, parce que le médicament tisse un long réseau de relations qui se retrouvent agrégées en lui et dans l'acte de prise, l'attribution univoque de ses effets à un seul de ses éléments associés suppose une réduction forte. L'effet placebo apparaît alors comme un artefact de dispositifs expérimentaux particuliers qui s'acharnent à couper certains fils dans cet écheveau serré : à prendre au sérieux le médicament dans son parcours, dans ses dispositions, il devient beaucoup plus difficile de faire la distinction entre ces différentes formes d'efficacité.

M. A.

RÉFÉRENCES

AKRICH, M. et D. BOULLIER
1991 "Le mode d'emploi : genèse, forme et usage", pp. 113-131, *in Savoir-faire et pouvoir transmettre, Ethnologie de la France, cahier n°6*. Paris : Éditions de la Maison des Sciences de l'Homme.

BANGA, B.
1993 "Patch : avantages et inconvénients", *L'impatient* 188-189 : 55-56.

BOULLIER, D. (ed.)
1989 Genèse des modes d'emploi : la mise en scène de l'utilisateur final. LARES-CCETT (rapport).

BOULLIER, D. et J. BETAT
1987 *La Conversation télé*. Rennes : LARES.

BOULLIER, D. et M. LEGRAND
1991 Évaluation comparative des notices de somnifères et de tranquillisants. Rennes : Euristic Media, rapport pour *Que Choisir ? Santé*.

BRAUD, G.
1994 "Conditionnements. L'imagination au pouvoir", *Moniteur des Pharmacies et des Laboratoires* 2081 : 12-18.

CALLON, M.
s/presse *Manuel sur les réseaux*.

DELÉGUE, M. et G. UCHIDA-ERNOUF
1993 "Evolution de la forme galénique et de la composition du médicament français de 1985 à 1992", *STP PHARMA Pratiques* 3 (3) : 191-195.

DUBUISSON, S.
s/presse "Le travail du designer : construction d'un mode d'existence des objets industriels", *Techniques et culture* 26.

FINGER, S.
1994 "A quelle heure prendre ses médicaments ?", *Top Santé*, avril.

GOODY, J.
1979 *La Raison graphique : la domestication de la pensée sauvage*. Paris : Éditions de Minuit.

HUFSCHMITT, L.
1994 "Six astuces pour lui faire prendre ses médicaments", *Enfants magazine*, décembre : 99-100.

JONVILLE, A.-P. et E. AUTRET
1994 "Les erreurs d'utilisation des médicaments en pédiatrie : étude française prospective", pp. 41-50, *in L'enfant, sa famille et les médicaments*. Paris : Institut de l'Enfance et de la Famille.

JULLIEN, M.
1991 "De l'importance de la forme galénique", *Le Généraliste* 1236, 19 février.

KARSENTY, S.
1994 "L'enfant, sa famille et les médicaments : approche sociologique et anthropologique", *in L'enfant, sa famille et les médicaments*. Paris : Institut de l'Enfance et de la Famille.

LAMBERT, P.-A. et G. LAMBERT
1991-92 "Formes, goûts et condtionnement : habillage et maquillage ou psychologie et présentation du médicament", *Agora* 20 : 111-117.

MÉADEL, C.
1992 "De la formation des comportements et des goûts : une histoire des sondages à la télévision dans les années cinquante", pp. 169-186, *in* CSI (eds) *Les réseaux que la raison ignore*. Paris : L'Harmattan.

RICHARD, D. et D. DE LAPOUGE
1988 "L'objet médicament", "Les formes médicamenteuses par voie orale", "L'observance", *Le praticien P.P.P. dans Impact Médecin Hebdo*, dossier n°196 : !-14.

STOPPARD, M.
1987 *Guide médical du bébé et de l'enfant*. Paris : Larousse.

X
1990 "Formes galéniques. Images et perception", *Industrie Santé/ACIP* 153.